

계획조치 통지서
메디케어 서비스
PLANNED ACTION NOTICE
MEDICAID SERVICES

수혜자/신청인의 이름과 주소

수혜자의 대변인 이름과 주소

DDD는 귀하의 서비스 혹은 서비스 요청과 관련하여 다음과 같이 결정하였습니다.

본 결정사항은 다음 날짜부터 유효합니다. _____

서비스 거부, 삭감 혹은 해제 이유			
이유 내용은 다음과 같습니다.			
<ol style="list-style-type: none"> 1. 해당 서비스에 대한 수혜자격이 없음 2. 이 서비스에 대해 평가를 받을 필요가 없음 3. 요청한 방법대로 해당 서비스를 수혜하거나 사용할 수 없음 4. 요청한 혹은 이전에 수혜한 해당 서비스 금액에 대해 평가를 받을 필요가 없음 5. 다른 자원을 통해 해당 서비스를 이용할 수 있음 6. 해당 서비스(categorically needy Medicaid program)에 대해 수혜자격이 없음 7. 요청한 방법대로 해당 서비스를 수혜하거나 사용할 수 없음 8. 귀하나 귀하의 대변인이 이 결정을 요청하였음 			
결정			
서비스	결정	이유	금액
	<input type="checkbox"/> 삭감	WAC 388- 이유 #	현재: 변경:
	<input type="checkbox"/> 거절 <input type="checkbox"/> 해제	WAC 388- 이유 #	
	<input type="checkbox"/> 삭감	WAC 388- 이유 #	현재: 변경:
	<input type="checkbox"/> 거절 <input type="checkbox"/> 해제	WAC 388- 이유 #	
	<input type="checkbox"/> 삭감	WAC 388- 이유 #	현재: 변경:
	<input type="checkbox"/> 거절 <input type="checkbox"/> 해제	WAC 388- 이유 #	

결정(계속)

서비스	결정	이유	금액
	<input type="checkbox"/> 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	<input type="checkbox"/> 거절 <input type="checkbox"/> 해제	WAC 388-	
		이유 #	
	<input type="checkbox"/> 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	<input type="checkbox"/> 거절 <input type="checkbox"/> 해제	WAC 388-	
		이유 #	
	<input type="checkbox"/> 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	<input type="checkbox"/> 거절 <input type="checkbox"/> 해제	WAC 388-	
		이유 #	
	<input type="checkbox"/> 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	<input type="checkbox"/> 거절 <input type="checkbox"/> 해제	WAC 388-	
		이유 #	
	<input type="checkbox"/> 삭감	WAC 388-	현재:
		이유 #	변경:
	<input type="checkbox"/> 거절 <input type="checkbox"/> 해제	WAC 388-	
		이유 #	

추가 의견

항소권

이러한 당국의 조치에 대해 행정심의회를 요청하려면 이 통지서를 받으신 후 구십(90)일 이내에 신청하여야만 합니다.

- 현재 DDD로부터 유급서비스를 받고 있는 중이고 항소기간 동안 계속해서 해당 서비스를 받기를 원하는 사람은 _____까지 행정심의회를 신청하여야만 합니다.
- 본 유급 서비스를 계속 받기로 선택한 후 최종 판결이 당국의 승소로 결정될 경우 유급서비스의 60일분에 해당하는 금액을 책임져야 할 수도 있습니다.
- 유급서비스를 계속해서 받기를 원하지 않으시면 아래로 연락하십시오.

케이스/자원 매니저

전화번호

수혜자는 다음과 같은 권리를 행사하실 수 있습니다.

1. 대리인을 대동할 권리(무료로 법적지원을 받으실 수도 있습니다)
2. DDD에서 이러한 결정을 하는 데 검토한 수혜자의 파일이나 모든 정보 사본을 요청할 권리
3. 증빙 서류를 제출할 권리
4. 심의회 장소에서 증언할 권리 및 자신을 위해 증인을 대두할 권리
5. 당국의 증인에게 반대 심문할 권리

행정심의회 신청서는 이 서신에 동봉되어 있습니다.

질문이 있으십니까?

당국의 결정, 항소절차 등에 관해 질문이 있으시면 아래로 연락하십시오.

이름	전화번호	지역사무소
----	------	-------



계획조치 통지서
(PLANNED ACTION NOTICE)
DDD 메디케이드 서비스 심의회 요청서

제 388-02조에 따른 DSHS 심의회 규정 준수

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

발송주소: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
 PO BOX 42489
 OLYMPIA WA 98504-2489

팩스 : 360-586-6463

본인은 보건사회부(DSHS)에서 결정한 다음 사항에 동의하지 않기 때문에 심의회를 신청합니다.

- DSHS에서 조치한 일과 하지 않은 일을 간단하게 설명하십시오(여백이 더 필요하다면 다른 용지를 추가하십시오).
- 가능하다면 이 항소문제에 해당하는 통지서 사본을 첨부하십시오.

이름(인쇄체로 명확히 기입)	생년월일	소셜시큐리티 번호
심의회 신청인 주소	수혜자 ID 번호	
시	주	우편번호
전화번호(지역번호 포함)		<input type="checkbox"/> 메시지 수신 전화
조치사항 통지 날짜와 발송처: _____ 발송처: _____		
날짜		DSHS 사무소명과 주소
자격이 될 경우 계속 지원 받길 원합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 프로그램 _____		
본인의 대변인은 다음과 같습니다(대변인이 없을 경우 다음 두 칸은 작성하지 마십시오).		
대변인	소속기관(단체)	전화번호
주소	시	주
		우편번호
<input type="checkbox"/> 본인은 본인의 심의회에 관한 정보를 본인의 대변인에게 공개해도 됨을 승인합니다.		
서명	날짜	
심의회 개최시 통역관이나 기타 지원이나 편의시설이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
예에 해당될 경우 해당 언어나 필요한 지원을 기재하십시오. _____		
행정판사(ALJ)는 일부 심의회를 전화상으로 개최할 수 있습니다. 전화보다는 직접 면담하는 방식으로 심의회를 하고자 한다면 OAH에서 보내드린 심의회 통지서 지시사항을 잘 준수하시기 바랍니다.		

메디케이드 계획 조치 통지서에 대한 WAC 참조 법률

서비스	WAC	이유
규정에 대한 모든 예외사항	388-440-0001(1)	ETR 기준
	388-106-0815	수혜자격
주정부 메디케이드 계획 서비스		
성인 일일 건강 (Adult Day Health)	388-106-0815	수혜자격
	388-106-0810	ADH의 정의
개인 업무 간호 (Private Duty Nursing)	388-106-1010(d)	PDN 서비스 및 4시간의 지속적인 간호 필요
	388-106-1010	수혜자격
	388-106-1030	서비스 한도와 제한
메디케이드 퍼스날 케어 (Medicaid Personal Care)	388-106-0210	MPC 수혜자격
성인 인홈 MPC (Adult In-Home MPC)	388-106-0130; 0135	삭감
	388-106-0220	연례 서비스 재결정/재평가 필요
	388-106-0080; 0125; 0130	서비스 금액
AFH/ARC MPC	388-106-0080; 0115	서비스 금액
	388-106-0120	AFH/ARC에 대한 지급요율
아동 인홈 MPC (Child In-Home MPC)	388-106-0120	MPC 수혜자격 (거부 혹은 해제)
	388-106-0213; 0130; 0135	연령 가이드라인(삭감)
	388-106-0220	연례 서비스 재결정/재평가 필요

INSTRUCTIONS FOR MEDICAID SERVICES PLANNED ACTION NOTICE

Notification Requirements

1. A Planned Action Notice must be sent when a service(s) is reduced, denied, or terminated.
2. A request for a specific service can be oral or in writing. A denial of either request requires a Planned Action Notice.
3. All decisions are documented in the client's CARE Service Episode Record.
4. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
5. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of age and a copy sent to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
 - A parent if the client is under the age of eighteen (18);
 - The guardian or other legal representative;
 - Other relative;
 - Other person identified by the client;
 - An advocacy agency.

Completing the form

1. The effective date
 - The effective date of a reduction or termination is always the last day of the month. It is a minimum of 10 working days and a maximum of 90 days from the date the Planned Action Notice is mailed to the client.
2. Services: Choose the service from the attached list of services and WAC references.
3. Decision: Identify the appropriate decision.
4. Reason:
 - Insert the WAC number(s) that give the legal authority for the decision.
 - Insert the corresponding number of the reason(s) listed on the Planned Action Notice for the decision.
5. Amount:
 - Amount and unit of service required for Reductions.
 - Example: Reduced "From" 100 hours per month "To" 80 hours per month.
6. Page two is optional. Use if there are more than two decisions.
7. Instructions for completing a translated form:
 - Enter the information in English
 - Identify each service with a number if there is more than one.
 - Write the number next to the corresponding reference line on the Services/WAC chart and highlight the WAC reference and reason.

Appeal Rights

1. Insert a date in the first bulleted statement ONLY if this is a reduction or termination of an existing service.
2. To calculate the date in the first bulleted statement:
 - Count 10 days from the date the notice is mailed. The 10th day must be a working day.
 - Extend to the end of that month.

Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
 - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
 - The last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
 - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
 - The last day of the month of the 10th day is November 30th.
3. Case/Resource Manager name for terminating paid services during an appeal is the CRM responsible for authorizing the client's paid services.
4. The name at the bottom of the form will be determined by regional authority.